TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

Les complications orbitaires et oculaires des sinusites.

(*Rapport présenté à la Société française d'ophtalmologie* (Congrès de 1902), (Résumé).

Par le professeur DE LAPERSONNE.

Cette étude se divise en six chapitres :

1° Notions générales sur la fréquence des complications oculo-orbitaires des sinusites, leurs variétés, leur mode de production et leur mécanisme.

2° Etude de ces complications dans les sinusites maxillaires.

3° Dans les sinusites frontales ;

4° Dans les sinusites ethmoïdales ;

5° Dans les sinusites sphénoïdales ;

6° Etude sur les polysinusites.

I. NOTIONS GÉNÉRALES

A part quelques cas de troubles mécaniques momentanés, c'est par l'infection qu'il faut expliquer les troubles oculo-orbitaires dans les sinusites. L'auteur a la ferme conviction qu'en interprétant d'une façon exacte le rôle de l'infection, en finira par élucider les points restés obscurs. Bien plus que les hypothèses sur les actions réflexes ou sur les congestions veineuses passives, l'infection nous permet d'expliquer des manifestations plus ou moins éloignées de ces sinusites.

RAPPORTS ANATOMIQUES. Description claire, basée sur trois bonnes figures, de l'anatomie régionale des sinus.

Fréquence. L'auteur estime que vingt pour cent au moins des sinusites sont suivies tôt ou tard de complications oculo-orbitaires. Assez rarement une sinusite en traitement devient l'origine d'une de ces complications, mais fréquemment une sinusite est découverte par l'oculiste parce qu'elle se manifeste par des troubles oculaires.

DIVISION DES COMPLICATIONS OCULAIRES. L'auteur admet la division suivante : A. les abcès et les collections liquides enkystées de l'orbite ; B. les lésions des annexes de l'œil, voies lacrymales, conjonctive, paupières, muscles extrinsèques ; C. les altérations du globe de l'œil,

A — ABCÈS ORBITAIRES.

1° ABCÈS DANS LES SINUSITES AIGUES. Complication rare. C'est quelquefois l'abcès de l'orbite (partie supéro-interne) qui donne l'éveil au sujet d'une sinusite aiguë. Parfois, malgré les phénomènes inflammatoires aigus oculo-orbitaires, le pus ne s'est pas encore fait jour à travers la paroi sinusienne et il faut aller à sa recherche par une ponction.

2° ABCÈS SUIVIS DE FISTULE DANS L'EMPYÈME CHRONIQUE. C'est la complication la plus fréquente précédée d'un phelgmon de l'orbite à développement plus ou moins lent. Mais d'ordinaire, le développement en est lent, ce qui distingue les abcès rétrobulbaires des métastatiques, qui ont une marche plus aiguë et plus rapide.

Souvent, les malades viennent consulter avec leur fistule située d'ordinaire au niveau de l'angle supéro-interne et occasionnée le plus souvent par une sinusite frontale. Les abcès sinusiens maxillaires et ethmoïdaux donnent plus rarement lieu à la fistule orbitaire.

3° ABCÈS AVEC OSTÉITE NÉCROSANTE DES PAROIS DE L'ORBITE. C'est particulièrement dans les cas de sinusite maxillaire que l'on voit se produire ces larges altérations osseuses. Si les autres sinus sont pris en même temps, on peut assister à des complications cérébrales : l'abcès intra-cérébral pour le sinus frontal ; la méningite suppurée pour les cellules ethmoïdales ; la trombo-phlébite des sinus caverneux pour le sinus sphénoïdal. Rarement, on voit la trombo-phlébite des veines ophtalmiques et des sinus de la dure-mère à la suite des suppurations sinusiennes.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasmes de l'accommodation, tics de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

4° Mucocèle. Tumeurs à marche chronique très lente contenant un liquide visqueux épais de coloration rosée ou brunâtre. Assez souvent bilatérales, produisant une exophtalmie ordinairement en bas et en dehors. Ordinairement molles et fluctuantes, ces tumeurs liquides peuvent être recouvertes par une lamelle osseuse assez résistante pour faire croire à une exostose. Souvent il y a hyperostose vaso-orbitaire.

B. — LÉSIONS DES ANNEXES DE L'ŒIL

La plupart de ces complications concernent les voies lacrymales et appartiennent presque toujours aux sinusites maxillaires.

Une collection encore contenue dans le sinus frontal, mais appuyant sur le globe oculaire, peut gêner ses mouvements et provoquer la diplopie qui peut être un symptôme indicateur pour trouver la sinusite. La diplopie peut encore provenir de la lésion des muscles après destruction de la paroi osseuse.

C. — ALTÉRATIONS DU GLOBE DE L'ŒIL.

1° Cornée. Rares. Quelques cas de suppuration à la suite de dacryocystite.

2° Tractus uvéal. *Iritis et irido-choroïdites*, surtout dans les sinusites maxillaires *Chorio-rétinites.*

3° Appareil neuro-rétinien. — *Hyperhémie papillaire. Névrite optique.* Rarement dans la sinusite frontale, un peu plus souvent dans les sinusites maxillaires ou ethmoïdales, mais surtout dans la sinusite sphénoïdale. Une névrite optique œdémateuse unilatérale doit toujours donner l'éveil au sujet d'une sinusite sphénoïdale passée inaperçue.

La *thrombose de la veine centrale de la rétine* a été observée dans quelques cas.

La *névrite rétrobulbaire* ou périnévrite caudiculaire à marche aiguë a été admise pour expliquer des cas d'amaurose subite, ou de rétrécissement du champ visuel au cours de la sinusite sphénoïdale.

L'*atrophie papillaire* peut être la suite des affections précédentes.

4° Troubles fonctionnels. — *Asthénopie accommodative* avec dilatation pupillaire et parésie de l'accommodation.

Diminution de l'acuité visuelle centrale.

Rétrécissement du champ visuel. Plus particulièrement dans les sinusites maxillaires, plus rarement dans les frontales.

PATHOGÉNIE DES COMPLICATIONS ORBITO-OCULAIRES.

L'infection est à l'origine de toutes les complications orbito-oculaires des sinusites. Exception faite pour certains troubles mécaniques.

Toutes les sinusites étant infectieuses, on doit admettre qu'il peut y avoir des infections de voisinage comme des infections générales de l'économie qui sont admises : troubles dyspeptiques, diarrhée, mauvais état général simulant la tuberculose, etc.

Mode de propagation. — La question est différente, suivant qu'il s'agit des lésions suppuratives de l'orbite ou des lésions non suppuratives qui atteignent le globe de l'œil.

Pour les lésions nécrosantes des os de l'orbite et suppuratives du tissu orbitaire, la propagation se fait par la voie osseuse. Mais on ne peut faire ensuite que des hypothèses au sujet du mécanisme même de cette propagation à travers les canaux de Havers, par thromboses septiques intra-osseuses, par lymphangite intra-osseuse. Enfin l'invasion peut se faire directement lorsqu'il existe une déhiscence de la paroi osseuse.

L'interprétation est plus difficile pour les complications non suppuratives de l'œil : iritis, irido-choroïdites, troubles fonctionnels. On a invoqué la *congestion veineuse passive* de voisinage et l'*action réflexe*, qui sont l'une et l'autre difficilement acceptables au moins d'une façon générale. On peut aussi invoquer l'*infection générale par résorption purulente.* L'auteur admet fort judicieusement que, dans la plupart des cas, on peut expliquer plus simplement ces complications par une transmission directe de l'infection, comme on le voit pour la transmission de sinus à sinus.

II. SINUSITES MAXILLAIRES.

L'auteur décrit les symptômes des sinusites maxillaires. C'est l'empyème clos du sinus maxillaire qui donne surtout lieu aux complications orbito-oculaires.

Les *complications orbitaires* sont plus ou moins graves, suivant que le pus est resté can-

tonné dans le sinus, ou qu'il a envahi l'orbite après destruction des parois osseuses. Dans le premier cas, l'abcès sinusien ne retentit sur l'orbite que comme lésion de voisinage, par de l'œdème et le refoulement de l'œil en haut. Dans le second cas, on a les symptômes de l'abcès intra-orbitaire avec des complications plus ou moins graves, suivant que les parois osseuses ont été détruites dans une plus ou moins grande étendue. Les altérations osseuses peuvent envahir l'orbite, non seulement du côté de son plancher, mais même de la voûte. Elles peuvent détruire les parois des autres sinus et produire non seulement des lésions du nerf optique, dans la partie canaliculaire, mais aussi des accidents de méningo-encéphalite suppurée ou des abcès intra-cérébraux.

Les *complications oculaires* sont plus insidieuses. On sait maintenant qu'on peut mettre sur le compte des sinusites maxillaires certaines iritis ou irido-choroïdites récidivantes et même des chorio-rétinites et neuro-rétinites dont l'étiologie est restée longtemps inconnue.

Le *traitement* doit consister dans l'ouverture du sinus maxillaire par sa face antérieure en maintenant sa cavité en communication non avec la cavité buccale, mais avec les fosses nasales.

III. SINUSITES FRONTALES.

Les sinusites frontales aiguës peuvent donner lieu à des symptômes aigus simulant le phlegmon de l'orbite. Les phénomènes se localisent d'abord dans l'angle supéro-interne et une intervention immédiate met le plus souvent fin aux accidents.

Les sinusites frontales chroniques donnent lieu à des complications plus ou moins graves, suivant que l'écoulement du pus est intermittent ou complètement empêché. C'est dans ce dernier cas que s'observent les accidents graves des sinusites frontales. Le pus, après destruction d'une partie de la paroi inférieure, se porte d'ordinaire en avant au niveau de l'angle supéro-interne. Les malades se présentent, soit avec une tumeur fluctuante de cette région, soit avec une fistule plus ou moins ancienne qui peut se trouver au niveau de la région du sac lacrymal.

Dans quelques cas cependant, l'abcès s'enfonce profondément dans l'orbite, à cause d'une étendue anormale du sinus frontal ou de la participation des cellules ethmoïdales. Dans ces cas, il y a de l'exophtalmie et on peut voir survenir des complications graves du côté du nerf optique.

Les destructions osseuses peuvent atteindre, outre la paroi inférieure, ce qui est le plus commun, la paroi postérieure et donner lieu à de la méningo encéphalite ou à des abcès intra-cérébraux, ces derniers étant dus le plus souvent à la sinusite frontale, tandis que la sinusité ethmoïdale amènerait plus volontiers la méningo-encéphalite.

Parfois, mais rarement, on a observé la thrombo-phlébite orbitaire.

Maintenant que l'attention des ophtalmologistes est attirée du côté des sinusites, le *diagnostic* de celles-ci n'est pas difficile, lorsque le pus s'est fait jour à l'extérieur du sinus par un abcès pointant dans la région périorbitaire ou encore mieux par une fistule. Mais dans certains cas, ce sont certains symptômes oculaires très légers, assez délicats à rechercher, qui peuvent faire penser à une sinusite encore inconnue. M. de Lapersonne ne développe pas cette partie du diagnostic pourtant très intéressante pour nous ophtalmologistes.

Nous n'insisterons pas au sujet du *traitement* de la sinusite frontale qui nous intéresse moins directement. On a à choisir entre les méthodes frontales ou fronto-orbitaires et la méthode orbitaire, la plus communément employée par les ophtalmologistes et qui ne leur donne pas moins de succès que les autres méthodes plus compliquées. Avec la méthode orbitaire, on peut avoir à craindre la lésion de la poulie du grand oblique.

IV. SINUSITES ETHMOÏDALES.

La sinusite ethmoïdale est le plus souvent associée à d'autres sinusites. Les graves complications oculaires ne lui appartiennent donc pas en propre. Si les cellules ethmoïdales postérieures sont prises, il y a exophtalmie et ici les symptômes se confondent avec ceux de la sinusite sphénoïdale.

D'ordinaire, l'empyème ethmoïdal s'ouvre dans l'angle supéro-interne, quelquefois très près du sac lacrymal ou dans le sac lacrymal lui-même ; il peut enfin s'ouvrir au niveau de la paupière inférieure.

V. SINUSITES SPHÉNOÏDALES

Ces sinusites ne sont peut-être pas très fréquentes, mais elles nous intéressent tout particulièrement en raison des rapports intimes que présente la paroi externe du sinus sphénoïdal avec le canal optique et le paquet vasculo-nerveux qui passe par la partie postérieure de la fente sphénoïdale. D'où deux ordres de complications : *vasculaires* et *nerveuses*.

Les lésions vasculaires sont les plus graves, mais aussi les plus rares. La thrombo-phlébite, qui d'ailleurs peut s'observer en dehors de la sinusite, se manifeste par des symptômes d'une gravité exceptionnelle. Avec les symptômes oculaires, les malades présentent des accidents provenant d'une méningo-encéphalite rapidement mortelle.

Plus intéressantes sont les lésions du *nerf optique*, parce qu'elles sont plus fréquentes et d'un diagnostic plus difficile. Elles peuvent se présenter sous deux formes : par des signes de névrite ou péri-névrite rétrobulbaire canaliculaire, ou sous l'aspect de névrite œdémateuse. Celle-ci paraît la plus fréquente ; aussi peut-on dire qu'une névrite œdémateuse unilatérale est un excellent signe de sinusite sphénoïdale.

On a signalé plusieurs cas de paralysies des nerfs moteurs de l'œil et de ses nerfs sensitifs, quelquefois des névralgies très tenaces de ces derniers.

Nous n'insisterons pas sur le traitement parce qu'il sera rarement, croyons-nous, du domaine de l'oculiste.

De Lapersonne termine son rapport par un chapitre sur les *polysinusites*, où il insiste sur ce fait, qu'il a d'ailleurs déjà mis en lumière dans le reste de son travail, qu'on a rarement affaire à une sinusite isolée et que, le plus souvent les accidents orbito-oculaires en particulier sont sous la dépendance de la maladie de plusieurs sinus. Pour ceux qui se rencontrent au cours des sinusites maxillaires, dit-il, il faudra rechercher avec le plus grand soin la participation des sinus postérieurs, sans suppuration fronto-ethmoïdale.

Nous avons tâché, autant que nous l'a permis ce court résumé, de donner la substance de cet excellent rapport. Si nous n'avons pas cru devoir insister sur les parties *symptomes et traitement des sinusites*, c'est uniquement pour ne pas allonger démesurément ce compte-rendu.

JOCQS.

II

Rapport sur la cécité et les aveugles en France, par MM. Trousseau et Truc (Résumé)

I. *La cécité en France*. Statistiques. Répartition géographique. Causes, par le Dr Trousseau.

Les rapporteurs admettent comme aveugle *tout sujet qui n'a pas assez de vue d'une façon définitive pour travailler et vivre avec ses yeux*, se plaçant ainsi au point de vue social, mais n'acceptant pas comme atteint de cécité un individu dont l'acuité visuelle n'est point inférieure à 1/10.

Ce travail est divisé en trois parties :

1° La cécité en France ; sa répartition géographique.

2° Les causes de la cécité.

3° La prévention de la cécité.

LA CÉCITÉ EN FRANCE ; RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE. Pour cette étude, le rapporteur s'est basé sur les deux dernières statistiques faites en France par les soins du Ministère de l'Intérieur, celle de 1876 et de 1883. Les chiffres donnés par ces deux statistiques sont inférieurs à la réalité, parce que beaucoup d'aveugles non assistés ont échappé au recensement.

Recensement de { 1876 = 28.494 aveugles
1883 = 31.966 —

L'augmentation en 1883 n'est pas explicable par l'augmentation proportionnelle de la population, mais plutôt par ce fait que le dernier recensement, aidé par le travail préliminaire de 1876, a été plus exact.

L'augmentation porte exclusivement sur les adultes. Il y a au contraire diminution chez les enfants. Le rapporteur estime que ce résultat est presque entièrement dû aux progrès réalisés dans le traitement de l'ophtalmie purulente qui, il l'espère, disparaîtra un peu de la liste noire. Cette diminution du nombre des enfants aveugles est du meilleur augure pour les constatations futures.

On trouvera dans ce travail plusieurs tableaux

pour la statistique par département, par régions et une carte montrant la répartition géographique de la cécité.

« Je n'ai tiré de mes recherches, dit M. Trousseau, qu'une conclusion peut-être quelque peu discutable, à savoir que le climat, la constitution géologique, la topographie des régions n'avaient que peu d'influence sur la cécité.

« Au contraire, la situation agricole ou industrielle de la région, la facilité des communications et des secours médicaux, l'état plus ou moins intellectuellement élevé, plus ou moins prospère des habitants, les lois hygiéniques sous lesquelles ils vivent, leur propension plus ou moins grande à l'alcoolisme, sont des facteurs importants à noter ».

Causes de la cécité. — M. Trousseau a établi sa statistique de la cécité binoculaire sur un total de 3.763 aveugles, d'après les aveugles des Quinze-Vingts, de l'Ecole Braille et les documents envoyés par des confrères. En y ajoutant les 1.756 cas de la statistique de M. Truc, cela fait un total de plus de 5.000 observations.

Chez les pensionnaires des Quinze-Vingts, les affections ayant amené la cécité sont, par ordre de fréquence :

Statistique de 1892 : *Total* : 627

Atrophie papillaire	130
Ophtalmie purulente	161
Traumatismes et Ophtalmie sympathique	68
Glaucome	66
Maladies congénitales	44
Maladies de la cornée	44
Myopie	34
Conjonctivite granuleuse	24

Statistique de 1892 *à* 1902 : Total : 134.

Atrophie papillaire	26
Maladies congénitales	18
Glaucome	16
Myopie	15
Maladies de la cornée	10
Ophtalmie purulente des nouveau-nés	8
Ophtalmie sympathique	7

De cette comparaison, dit le rapporteur, résultent des notions intéressantes, telles que : maintien au premier rang de l'atrophie papillaire dans les deux tableaux, passage de l'ophtalmie purulente du second à l'avant-dernier dans la statistique récente, etc... Les efforts thérapeutiques et hygiéniques sembleraient n'avoir eu aucune action sur l'atrophie sur le glaucome, sur la myopie, qui ont gagné des rangs depuis dix ans, mais avoir utilement agi sur l'ophtalmie purulente qui en a perdu.

Ecole Braille.

229 sujets examinés : 135 enfants sexe masculin, 94 sexe féminin.

Maladies de la conjonctive	104
Maladies congénitales	50
Maladies de la cornée	36
Atrophies du nerf optique (Méningites diverses, syphilis héréditaire)	23
Traumatismes	4
Irido-choroïdites	4
Ophtalmie sympathique	2
Décollement de la rétine	2
Causes non précisées	5

« L'école Braille reçoit les enfants aveugles du département de la Seine âgés de 3 à 13 ans. Elle les conserve tant qu'ils peuvent travailler.

« Cette statistique montre donc bien les causes de cécité chez les enfants parisiens.

Ces causes se résument presque à quatre principales : l'ophtalmie purulente, qui a fait le chiffre formidable de 100 aveugles, proportion que je ne retrouverai jamais à beaucoup près dans les statistiques des départements et qui permet de déplorer qu'à Paris la prophylaxie de cette maladie soit beaucoup moins bien organisée qu'en province ; les maladies congénitales, les maladies de la cornée ; et enfin, les atrophies des nerfs optiques, dues presque toutes à la tuberculose ou à la syphilis et en partie évitables. »

Statistique d'après les documents envoyés au rapporteur.

Cette étude se termine par le résumé suivant :

Glaucome	722	19 %
Atrophies du nerf optique	720	19 %
Conjonctivite purulente	350	9 %
Maladies de la cornée	334	8 %
Myopie	324	8 %
Traumatismes et ophtalmie sympathique	243	6 %
Maladies congénitales	232	6 %

« Les hommes figurent pour 60 % dans cette statistique. »

« Les enfants pour 20 %. La conjonctivite purulente est le grand facteur de cécité chez eux, surtout dans la région de Paris ; viennent après elle les maladies de la cornée et les affections congénitales. On voit combien il serait facile de réduire le nombre des enfants aveugles par la simple prophylaxie de l'ophtalmie purulente, par les meilleurs soins donnés au scrofuleux en général et par un traitement précoce et bien entendu des diverses variétés de kératites.

On peut dire que la vue est surtout menacée :

Chez les enfants, par la conjonctivite purulente.

Chez les adultes, par l'atrophie des nerfs optiques.

Chez les vieillards, par le glaucome.

Après avoir établi des statistiques sur la cécité monoculaire, M. Trousseau termine son travail par un chapitre sur la *prévention de la cécité*.

D'après le rapporteur, il y aurait 35 0/0 au moins de cécités évitables en mettant les individus à l'abri des maladies qui occasionnent les affections oculaires et en assurant aux malades atteints d'affections oculaires des soins intelligents et immédiats.

Il est certain qu'on diminuerait le nombre des affections oculaires graves en enrayant les progrès de la contagion syphilitique, de l'alcoolisme, etc., mais où nous sommes pleinement de l'avis de M. Trousseau c'est lorsqu'il déplore qu'il y ait encore tant d'aveugles par ophtalmie purulente. « On ne se douterait jamais, dit-il, du nombre d'aveugles dus à la seule incurie des sages-femmes. » Cela, tous les oculistes le savent bien, mais c'est le public qui devrait en être prévenu.

« Il serait désirable aussi, dit il, que tout praticien fût au courant des soins à donner aux enfants contaminés et que de sérieuses interrogations fussent faites aux examens sur cette matière. » Voilà qui est encore bien vrai et il est incompréhensible qu'il n'en soit pas ainsi depuis longtemps à la Faculté de Paris. Si tous les docteurs ne peuvent pas acquérir assez de connaissances ophtalmologiques pour traiter eux-mêmes les affections oculaires, au moins devraient-ils être capables de reconnaître leur gravité, comme, s'ils ne peuvent pas opérer une hernie étranglée, ils savent cependant qu'il n'y a pas de temps à perdre pour l'adresser à un chirurgien.

Des aveugles en France,

Par le Dr H. Truc (de Montpellier).

La première partie de ce rapport traite de la constitution, de l'éducation et de l'instruction des aveugles ; la seconde, de leur assistance générale ; la troisième partie, de leur assistance oculistique. Une liste complète des établissements spéciaux termine ce travail.

Le travail de M. Truc a pour but de montrer que le rôle de l'oculiste n'est pas terminé lorsqu'il a déclaré qu'un malade est définitivement aveugle et que la médecine est désormais impuissante à l'égard de sa triste infirmité. Il doit d'abord, eu égard à son âge, à son intelligence, à sa catégorie sociale, à ses aptitudes, l'éclairer sur le parti qu'il peut encore tirer du travail, soit pour gagner sa vie s'il est indigent, soit pour se rendre l'existence supportable s'il est riche et, dans tous les cas, pour se rendre utile à la société.

« Nous avons, dit M. Truc, à rechercher les aveugles dans notre sphère professionnelle et à les aiguiller vers les établissements régionaux. Quant ils viennent à nous, nous devons les initier aux ressources de l'instruction et de l'éducation spéciales, leur faciliter les moyens d'y accéder, les aider moralement et matériellement ; quand ils sortent de l'Ecole, les diriger vers les ateliers ; quand ils sont enfin impotents ou dégénérés, il y a lieu de les faire admettre à l'asile ou à l'hospice. Il nous faut développer l'assistance et le patronage de toutes nos forces. Nous ne continuerons pas moins à soigner nos malades, à les soulager ou à les guérir, mais en outre, nous soutiendrons et nous consolerons ceux que notre science et notre art n'auront pu préserver de la cécité. Notre profession n'en sera que plus honorée, notre rôle social plus complet et, suprême consolation, nous ferons un peu plus de bien. »

Ce sont les indications indispensables au médecin pour remplir ce noble but que contient l'excellent rapport de M. Truc. Les divers chapitres qui le composent ne se prêtent pas à une analyse sommaire. Il faut les lire en entier et de leur lecture ainsi que de la discussion dont il sera l'objet, naîtra sans doute

dans l'esprit de tous les oculistes la certitude qu'ils ont encore un rôle très utile à remplir auprès des aveugles, quand leur science et leur dévouement auront été impuissants à leur conserver la vue.

R. J.

III

La valeur analgésique des injections temporales de dionine, par le Dr Albert Terson.

Il n'est plus douteux que la dionine reste définitivement un médicament précieux en thérapeutique oculaire, au lieu de sombrer dans l'oubli comme tant d'autres remèdes nouveaux.

Nous l'avons employée, dès les premières recherches publiées par Wollfberg et surtout par Darier qui a montré le parti considérable qu'on devait en tirer en oculistique. Si quelques résultats sont indécis, un plus grand nombre est absolument démonstratif, et la dionine réussit en général là où tout a échoué. Des instillations à 1/20, à 1/50, quelquefois à 1 %, donnent des résultats inespérés, et, après Simi, nous avons publié (1) un cas d'analgésie définitive dans un cas de glaucome hémorragique atrocement douloureux, résistant aux ponctions.

L'action des instillations de dionine fut immédiate et nous dispensa et dispensa surtout la malade de l'énucléation ou de l'ablation du sympathique qui nous paraissaient trop radicales ou trop dangereuses.

La malade, brightique, atteinte d'hémorragies rétiniennes aux deux yeux et de glaucome dans l'un d'eux, était dans un état de santé précaire et elle vient de succomber, justifiant une fois de plus le fâcheux pronostic vital des brightiques atteints du côté des yeux. Jusqu'à ses derniers jours, c'est à dire depuis près de huit mois, l'œil glaucomateux hémorrhagique était resté indolore.

Dans certains cas d'iritis, dans un cas d'ulcère grave à hypopion avec violentes douleurs, l'adjonction de la dionine au traitement a été de suite suivie d'une sédation complète des douleurs et souvent de cet effet narcotique qui a fait beaucoup apprécier la dionine par divers médecins (1) même avant les ophtalmologistes. Quelques cas nous ont paru indécis avec les instillations : dans un cas de sclérite intense et dans un cas de cyclite, il semble que l'adjonction des instillations de dionine fut plutôt contraire. Nous n'avons toutefois jamais écrit ni dit que nous n'avions obtenu « *aucune* action analgésiante de la dionine dans l'iritis ». Mais divers cas moyens nous ont fait dire que « la dionine avait paru entraîner une certaine analgésie », sans être plus affirmatif (Bulletin de la Soc. d'opht. de Paris, juin. 1900).

Nous avons obtenu des résultats sans précision dans un certain nombre d'ulcères cornéens de diverse nature (herpès, etc.) où cependant d'autres (2) en ont obtenu de nets.

Depuis plusieurs mois, en pratiquant systématiquement les injections de dionine à la tempe dans les affections douloureuses des yeux, j'ai obtenu, dans tous les cas, une analgésie très nette, et cela sans aucun des inconvénients (vomissements, etc.) de la morphine. Plusieurs fois, comme dans un cas de grave et véhémente irido-cyclite binoculaire chez un vieillard qui souffrait violemment depuis plusieurs jours, malgré le traitement local et général le plus actif, *une seule* injection à la tempe a arrêté définitivement les douleurs et donné des nuits paisibles. Il y a eu là un de ces cas d'analgésie à longue portée (3) que la dionine donne quelquefois et qui étonnent autant le médecin que le malade. J'ai employé couramment, et en répétant tous les jours les injections, sans aucun ennui, la dionine en injections dans des cas de *zona* ophtalmique, si douloureux, où la douleur prime tout dans les préoccupations du patient et de l'ophtalmologiste. La sédation a été toujours très marquée, s'étendant aux nuits, et supérieure à celle de la morphine, de si mauvaise réputation. Je n'injectais qu'un centigramme. On sait qu'en médecine générale, on a été jusqu'à plusieurs centigrammes par jour ; mais la dose d'un centigramme m'a suffi.

Je n'ai pas employé les injections sous-conjonctivales qui ont déjà donné des résultats sédatifs remarquables. Elles sont justifiées aussi

(1) A. Terson. — Soc. d'opht. de Paris. juin 1901.

(1) Voir Krijewski. — La dionine (en médecine générale). Th. de Paris, 1900.

(2) Bourdeaux. — Action de la dionine sur l'œil. Th. de Paris, 1902.

(3) Darier. — Leçons de thérapeutique oculaire.

vu leur pouvoir lymphagogue, dans le décollement de la rétine et elles y ont déjà été employées. Les injections temporales, dans les cas d'affections *douloureuses* de l'œil, m'ont paru facilement acceptées, ne masquent pas l'état de l'œil et ne sont susceptibles d'aucune interprétation fâcheuse. Nous croyons donc que l'emploi de la dionine sous cette forme doit devenir *systématique* contre les douleurs oculaires, après essai des instillations, qui peuvent suffire et remplacer la morphine.

J'ai essayé aussi des pommades à la dionine à 1/20e sur les ulcérations *cutanées* et cornéennes du zona. L'huile, d'après un pharmacien très expert dans la préparation des collyres huileux, ne dissoudrait que 1/2 % de dionine.

En tous cas, on ne saurait déclarer un malade réfractaire à la dionine, *qu'après avoir essayé les injections temporales*. C'est ce que l'expérience m'a appris, et c'est ce que Darier conseillait d'essayer récemment encore. Il y a beaucoup à chercher avec la dionine. En instillations, le résultat est loin d'être identique au point de vue du *chémosis*. Il y a des malades, même artérioscléreux (hémorrhagie sous-conjonctivale des vieillards), où nous n'avons jamais pu obtenir de chémosis marqué, avec la solution à 1/20e qui, chez d'autres, en provoque un considérable. L'analgésie n'est pas non plus toujours en rapport avec le chémosis. D'ailleurs, l'injection temporale, qui ne provoque qu'une boule d'œdème sans grande importance, donne l'analgésie. Enfin le chémosis varie et peut ne plus se produire chez un même malade à diverses périodes de son mal.

L'analgésie oculaire, qui en tous cas ne suivait que d'un pied boiteux le progrès de *l'anesthésie* locale, a fait certainement par la dionine un grand pas en avant dans ces dernières années.

IV

Exophtalmie unilatérale dans la maladie de Basedow, par le Dr Guibert (La Roche-sur-Yon).

Les cas récemment rapportés par J. Terson, de Toulouse et Trousseau m'incitent à donner l'observation d'une malade vue pour la première fois le 29 janvier dernier et chez qui je fis le diagnostic *d'exophtalmie unilatérale d'origine basedowienne*. Le cas diffère d'ailleurs de ceux que l'on a cités jusqu'ici par *l'absence de tachychardie* et par ce fait que *la guérison* a été obtenue en l'espace de quatre mois par le seul *usage du bromure de potassium*.

Mme T... 56 ans, Luçon, se présente avec une forte exophtalmie siégeant du côté gauche ; il existe une énorme rétraction de la paupière supérieure qui découvre une partie de la sclérotique et exagère encore l'exophtalmie ; quand on veut abaisser la paupière on la sent qui se contracte et résiste ; si le signe de Stellwag est des plus nets, le signe de de Graëfe ne l'est pas moins ; il n'existe pas de diplopie, et le fond de l'œil est intact. Aucune stase du côté du nerf optique ; l'exploration de l'orbite avec le doigt enfoncé aussi loin que possible ne permet de rencontrer aucune tumeur ; et les pressions d'avant en arrière sur le globe oculaire ne déterminent aucune douleur. La partie antérieure du cou est occupée par un goitre moyen ; mais il n'y a pas de tachychardie. Par contre, l'émotivité de la malade est excessive, elle a des sensations de froid intense, suivies de bouffées de chaleur qui l'incommodent au plus haut point ; elle pleure ou rit à propos de rien ; elle a des crises de bâillements qu'elle ne peut vaincre et l'on constate une zone hystérogène des plus nettes au niveau du sein gauche.

Le 14 février, après n'avoir pris que du bromure de potassium pour tout médicament, la malade me revient beaucoup améliorée ; aujourd'hui, son pharmacien m'écrit qu'elle est guérie. L'absence de diplopie, l'absence de stase papillaire, la présence du goitre au-devant du cou, facilitaient évidemment le diagnostic ; néanmoins, si la guérison n'était survenue, je n'aurais pu affirmer aussi promptement la nature basedowienne de l'affection.

Il est juste de reconnaître que, si la plupart des auteurs sont muets sur cette exophtalmie unilatérale (Fuchs, Abadie, Dieulafoy, Laveran et Teissier), de Wecker, par contre, s'exprime ainsi (1) : « Le troisième symptôme de la triade est l'exophtalmos, qui est ordinairement double et se développe à la fois sur les deux yeux et à un égal degré, *quoiqu'il n'est pas rare* qu'un côté, et d'après nos observations, le côté droit, soit ici privilégié, comme

(1) *Traité complet d'ophtalmologie*, t. IV, p. 521.

période de début et de procidence. *Il est tout à fait exceptionnel* que, pendant toute la durée de l'affection, *un seul œil* (et encore ici *de préférence le droit*) soit le siège d'une protusion. »

Peut-être, et c'est là le point intéressant, ce que de Wecker signale comme très rare est-il plus fréquent qu'on ne pouvait le croire ; c'est pourquoi, comme le dit Trousseau, il y a intérêt à publier les observations que chacun de nous peut avoir par devers soi.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

La Dionine comme lymphagogue et comme analgésique.

La Dionine conquiert de jour en jour une si grande importance en thérapeutique oculaire que bientôt on ne pourra pas plus se passer d'elle que de la cocaïne.

L'action lymphagogue puissante de la Dionine avait fait espérer que son application pourrait remplacer celle des injections sous-conjonctivales de NaCl. ; mais malheureusement il n'en a rien été à cause de l'accoutumance très rapide de l'œil à la Dionine et aussi parce que certains individus sont réfractaires à cette action ; alors que les injections sous conjonctivales sont toujours suivies de l'effet thérapeutique qu'elles comportent.

Néanmoins l'action lymphagogue de la Dionine conserve une importance très grande dans la thérapeutique de maintes affections oculaires.

L'inondation lymphatique et le flux abondant de larmes provoqués par la Dionine peuvent expliquer l'action antiseptique manifeste de ce produit (action mécanique et phagocytaire).

La déplétion marquée de liquides oculaires active la résorption des exsudats et des hémorrhagies, ce qui comporte une quantité énorme d'indications cliniques dans les affections oculaires les plus variées, depuis la simple infiltration cornéenne traumatique jusqu'aux exsudats choroïdiens et au décollement de la rétine.

Mais, en outre de ces indications intéressantes de la Dionine, il en est d'autres plus importantes encore : ce sont ses qualités *analgésiantes profondes* et de longue durée que nous avons été le premier à mettre en relief dans l'*iritis*, dans le *glaucome*, dans la *kératite parenchymateuse*, dans la *sclérite*, etc...

Wolffberg avait bien reconnu à la Dionine une action calmante dans les érosions cornéennes traumatiques ; il accordait même à la Dionine un certain pouvoir anesthésique sur la cornée qu'il m'a été impossible de constater bien nettement ; mais c'est surtout sur la « *lymphuberschwemmung* » causée par la Dionine qu'il avait cherché à attirer l'attention.

L'action analgésiante de la Dionine ne se produit pas malheureusement dans tous les cas ; elle n'est pas toujours en rapport direct avec son action lymphagogue.

L'idiosyncrasie propre à chaque organisme est si multiple et si complexe en clinique qu'une explication propre à satisfaire tous les cas n'est pas facile à trouver.

Contentons-nous donc pour le moment d'enregistrer les faits, quitte à les expliquer plus tard.

L'intéressante note du *D. A. Terson* reproduite plus haut nous montre bien tout le parti que la thérapeutique peut tirer de cette nouvelle préparation éthylique de la morphine qui, pour moi, dans une foule de cas, a remplacé très avantageusement le vieux chlorhydrate de morphine.

Avant certaines opérations douloureuses, il m'arrive fréquemment de pratiquer une injection de 0,02 ou 0,03 de Dionine à la tempe ; j'ai obtenu ainsi l'analgésie morphinique sans jamais observer l'état nauséeux si fréquent après une première injection de morphine, et sans avoir à redouter la pernicieuse morphinomanie.

Cet état nauséeux, surtout quand il s'accompagne de vomissements, peut avoir de graves conséquences à la suite de certaines opérations oculaires.

Par ces injections de Dionine à la tempe, j'ai pu calmer bien des douleurs oculaires et péri-oculaires.

Depuis longtemps aussi, quand je pratique des injections sous-conjonctivales que je sais devoir être très douloureuses, j'y ajoute, parfois en outre de l'acoïne, une certaine quantité de Dionine.

De cette façon, la douleur est à peine sentie et un sommeil réparateur vient ensuite faire oublier, quelquefois pour toujours, la douleur.

La longue durée de l'action de la Dionine ne s'observe certes pas dans tous les cas ; mais elle ne peut être niée et si M. Bourdeaux, dans l'intéressante thèse que nous analysons, n'a jamais pu la relater, c'est qu'il ne s'est pas trouvé ou ne s'est pas mis dans des conditions favorables. Nous aussi, nous avons vu des cas où l'usage de la Dionine devait être continué pour que la douleur ne revînt pas, nous en avons même vu beaucoup trop chez lesquels la Dionine n'avait d'action que lors des premières applications ou même pas du tout.

Ce sont là des observations cliniques propres à tous les analgésiques; la morphine, l'antipyrine, la phénacétine, la quinine ne réussissent pas chez tous les individus, alors même qu'ils sont atteints d'un état pathologique bien déterminé et identique.

C'est ce qui fait que les appréciations des différents auteurs sur le même agent sont souvent fort divergentes. A. D.

De l'importance thérapeutique de la Dionine en oculistique, par LUNIEWSKI, de Cracovie (*Die Heilkunde*, 2, 1902.)

L'auteur fait usage de solutions à 0,5, 1, 2, 5, 10 % de pommade à 25 % et de poudre en nature.

Suivant la concentration de la solution, il se produit de suite ou après quelques minutes une sensation de brûlure, puis de tension dans l'orbite et dans le front, avec, quelquefois, un peu de céphalalgie ; puis vient un sentiment de douce chaleur avec une analgésie oculaire plus ou moins marquée.

L'œdème conjonctival et palpébral est, dans certains cas, si marqué (surtout chez les lymphatiques, les artério-scléreux, etc.), que l'œil a d'abord de la peine à se fermer, mais il reste au contraire clos pour une ou plusieurs heures. L. n'a jamais observé d'éternuements. (Il en observera !)

La cornée prend un aspect très brillant, très clair ; elle présente quelquefois un léger degré d'anesthésie (?).

La chambre antérieure et la pupille ne subissent aucun changement; il en est de même pour l'accommodation.

Tous ces symptômes s'atténuent promptement pour disparaître en 3 ou 5 heures.

Plus les applications de Dionine sont fréquentes, moins se montrent les phénomènes réactionnels. Aussi, est-il recommandable de commencer par de très faibles doses que l'on augmente progressivement jusqu'à la dionine en poudre.

*
* *

L. a fait une série d'observations sur plus de 100 malades ; il résume ainsi ses conclusions :

1° Dans les *conjonctivites et les blépharites aiguës*, à peine un peu d'amélioration subjective. (Dans les conj. chroniques, la dionine donne parfois un coup de fouet qui change la marche des événements. A. D.)

2° Dans la *kérato-conjonctivite phlycténulaire*, il y aurait plutôt aggravation (?), mais il y a diminution de la photophobie et du blépharospasme.

3° Le *pannus granuleux* s'éclaircit un peu.

4° Dans le *xérosis*, amélioration insignifiante.

5° Dans les *leucomes cornéens anciens*, pas de résultat ; dans les infiltrations parenchymateuses légères, très bons résultats.

6° Dans *l'ulcère cornéen* avec hypopion, pas d'action. (Et la cessation brusque et si fréquente de la douleur est donc chose sans importance ?)

7° Dans les *brûlures cornéennes* par la chaux, il y a éclaircissement très rapide de l'infiltration de la cornée.

8° Dans les *érosions traumatiques* de la cornée, comme dans les plaies cornéennes ou sclérales, pas de résultat. (Presque tous les auteurs sont d'un avis contraire.)

9° Dans les *affections du sac lacrymal*, des lavages à la dionine 1 à 2 % sont d'un bon effet, mais douloureuses.

10° Dans l'*iritis*, l'action de la dionine est des plus favorables, elle calme la douleur et aide l'atropine. Parfois d'anciennes synéchies se rompent sous l'action de la dionine en poudre.

11° Les *opacités du corps vitré* et le *décollement rétinien* sont parfois remarquablement améliorés : un cas de guérison de décollement ayant résisté à d'autres moyens.

Chez un artério-scléreux avec hémorrhagies rétiniennes, la dionine provoqua une nouvelle hémorrhagie.

12° Dans le *glaucome aigu* et chronique, pas de résultat, pas plus que dans le glaucome suite de discision du cristallin. (Cette dernière

assertion est en contradiction avec la plupart des observations publiées ; mais il n'est pas de remède qui guérisse dans tous les cas.)

Le professeur *Wieckerkiewicz* à la clinique duquel ont été recueillies les observations ci-dessus tire les conclusions suivantes :

1° La dionine provoque parfois de l'éternuement.

2° La pupille n'est pas dilatée par la dionine, mais la résorption des exsudats facilite l'action de l'atropine.

3° L'action favorable de la dionine dans le décollement rétinien s'explique par son pouvoir lymphagogue puissant.

4° L'action analgésique ne se produit pas toujours et quand elle se manifeste elle est plutôt attribuable à la régularisation du courant lymphatique. (Comment expliquer alors l'analgésie observée en l'absence de toute action lymphagogue ?).

A. D.

La dionine et ses effets sur l'œil, par le Dr Bourdeaux, thèse de Paris, 1902. (Masson éditeur à Lille.)

Cette thèse fort bien faite mérite d'être lue en entier ; nous nous contenterons d'en relater les intéressantes conclusions. M. Bourdeaux rendant justice à chacun commence par dire que, dans l'étude de la dionine, « deux faits « priment les autres par leur importance, et « deux noms s'attachent à ces faits. Le pre- « mier qui marque pour ainsi dire le premier « pas de la dionine en ophtalmologie est la « découverte de l'*action lymphagogue* due à « Wolberg ; le deuxième qui ouvre une nou- « velle période est l'observation *des propriétés* « *analgésiques profondes* dont nous sommes « redevables à Darier. »

CONCLUSIONS.

I. — Le chlorhydrate d'éthylmorphine (Dionine) exerce sur l'œil une action spécifique consistant essentiellement en injection vasculaire, œdème et larmoiement, et à laquelle on peut donner le nom de réaction dioninique. Cette appellation doit être préférée à celle d'ophtalmie antérieurement donnée, car on n'y trouve ni réaction phagocytaire ni sécrétion.

II. — A côté de cette propriété, elle jouit d'un pouvoir analgésiant marqué, à peu près constant, dans les affections douloureuses de l'œil, ulcères, iritis, iridochoroïdites, glaucomes. L'analgésie ainsi obtenue est en général d'assez courte durée (?)

III. — La Dionine n'a pas, *in vitro*, de pouvoir antiseptique direct suffisant pour permettre de lui demander en pratique une action microbicide ; *in vivo*, elle joue un rôle antiseptique indirect par les phénomènes réactionnels, surtout le larmoiement, qu'elle provoque.

IV. — Grâce à ces propriétés, la Dionine donne de bons effets en thérapeutique oculaire :

a) Elle semble accélérer la guérison des kératites parenchymateuses ; elle active très nettement l'éclaircissement de la cornée dans les cas de pannus trachomateux, quand l'affection conjonctivale est guérie.

b) Dans les affections phlycténulaires et les ulcérations, qu'elle qu'en soit la nature, elle fait cesser la douleur et la photophobie. Elle a une action moins marquée sur la marche du processus morbide.

Elle ne dispense pas de traitement auxiliaire concomitant, et ne met pas à l'abri des récidives.

c) Dans les affections du tractus uvéal, où elle est associée à l'atropine, dans le glaucome, où on lui joint un myotique, outre l'effet analgésique, elle paraît avoir une certaine influence sur l'évolution de la maladie.

Elle favorise l'action du mydriatique ou du myotique, peut être en facilitant son absorption (ou plutôt en activant les échanges nutritifs et la résorption des exsudats. A. D.).

V. — Elle ne doit être employée après des opérations (cataracte) ou des plaies pénétrantes du bulbe qu'en cas d'accidents infectieux, d'exsudats ou d'hémorragies de la chambre antérieure, non point comme antiseptique direct, mais dans le but d'activer la résorption, et d'accroître la vitalité des tissus. Hormis ces cas, les avantages qu'elle procure ne balancent point les inconvénients qu'elle pourrait attirer (lesquels ?).

VI. — La production de la réaction dioninique semble nécessaire pour obtenir les effets curatifs.

Elle est inutile pour arriver à l'analgésie.

VII. — L'effet chémotique cesse bientôt de se produire chez un sujet soumis fréquem-

ment à la Dionine. Il y a accoutumance toujours assez rapide à se manifester. Si l'on suspend pendant quelque temps — huit jours au moins — le médicament, la réaction se montre à nouveau, moins vive qu'au début.

VIII. — Cet effet chémotique ne s'obtient ordinairement qu'avec la Dionine mise en poudre dans le sac conjonctival, ou instillée en collyre à 5 0/0 (et même 2 0/0 chez les sujets lymphatiques. A. D.)

IX. — On peut renforcer la réaction dionique quand elle faiblit et retarder l'accoutumance en faisant suivre l'usage du médicament d'une application chaude, compresse ou mieux pulvérisation.

X. — L'intensité variable du chémosis produit, surtout chez les yeux sains, semble en rapport avec l'état de la circulation et de l'appareil circulatoire. Chez les cardiaques, le chémosis est d'autant plus considérable que le déficit circulatoire est grand. (C'est surtout l'état du système lymphathique qui a la plus grande importance bien plus que celui des vaisseaux sanguins. A. D.)

XI. — On obtient un effet analgésique puissant, sans réaction ni chémosis, avec une solution à 0,5 ou 1 0/0. L'accoutumance à l'action contre la douleur se produit aussi, mais elle est plus lente, et avec les doses faibles elle semble devoir être encore retardée davantage. (Toutes ces questions d'analgésie par la Dionine doivent être encore étudiées; il y a certains facteurs importants qui nous échappent encore; étudions-les et enregistrons les faits; l'explication viendra plus tard. A. D.)

BIBLIOGRAPHIE

DIMMER. — **Affection du nerf optique et de la rétine dans un cas de maltosurie.** — (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk*, juin 1901.)

Certains admettent encore et à tort que la névrite optique chez les diabétiques ne doit pas être attribuée au diabète, mais à une intoxication concomitante par le tabac ou l'alcool; bien plus, on constate quelquefois (Schmidt-Rimpler, Leber, Hirschberg) chez les diabétiques un scotome central consécutif à une névrite rétrobulbaire qui, dans les cas récents même accompagnés d'amblyopie notable, peuvent être suivis, avec la diminution ou la disparition de la glycosurie, d'un rétablissement partiel ou intégral de l'acuité visuelle.

Le cas observé par Dimmer concerne un malade de 32 ans, qui ignorait la diminution de son acuité visuelle, et présentait des deux côtés une décoloration temporale de la papille, et sur un œil un groupe de petites taches blanches, bien limitées, et situées très près du pourtour de la papille. Des deux côtés, scotome paracentral pour le rouge et le vert, et une acuité visuelle de 9/18 et 5/12. On ne pouvait incriminer ni le tabac, ni l'alcool. L'examen de l'urine montra de la maltosurie. Au bout de trois semaines, et sous l'influence de la diète, le corps réducteur disparut des urines, et l'acuité visuelle de l'un des yeux s'était fortement relevée, il n'y avait plus trace de scotome.

Les taches blanches disparurent quelque peu, mais restèrent visibles encore un an après.

L'auteur attribue la cause de ces lésions à une affection passagère du pancréas.

F. A.

Dr Maximilien BONDI. — **Lésions cliniques et anatomiques du fond de l'œil dans un cas de leucémie.** (*Prager medicin. Wochen.* 1901, n° 26.)

Le malade, âgé de 34 ans, fut en observation du 6 février au 21 décembre 1893, jour de sa mort, à la clinique de médecine du professeur, Jaksch, de Prague. A son entrée, l'examen optalmoscopique ne montre rien de particulier. Dans le milieu du mois de mai (13 mois environ après le début de la maladie), on constate que les veines des deux yeux sont plus remplies, et on voit une petite hémorragie rétinienne entre la papille et la macula de l'œil droit.

Le 11 octobre, les bords des deux papilles étaient confus un peu plus à droite qu'à gauche. Les veines sont sinueuses, élargies et, au milieu de novembre, on remarque de petites taches blanches disséminées au pourtour de la papille, et s'étendant assez loin dans la périphérie. Les veines sont très augmentées de volume et sinueuse, la coloration du fond de l'œil est à peine changée, mais les gros vaisseaux sont un peu plus pâles que normalement.

L'acuité visuelle est 6/36 des deux yeux: de modification jusqu'à la mort. De l'examen histologique très approfondi, retenons ce qui suit :

Gonflement modéré et œdème de la papille. Dans la rétine s'enfoncent les vaisseaux rétiniens énormément élargis et gorgés de sang. Leurs parois ne sont pas altérées. Le contenu des vaisseaux montre une grande prédominance des globules blancs sur les globules rouges, ainsi que des thromboses produites pendant la vie. Au proche voisinage d'un vaisseau thrombosé se trouvait une hémorragie. Ce qui frappe surtout, c'est l'élargissement des espaces lymphatiques péri-vasculaires, qui sont gorgés de sang, leucocytes et qui par endroits des corpuscules de pigment. L'infiltration leucocytaire pénètre aussi dans la couche des fibres nerveuses, et les couches rétiniennes périphériques renferment des hémorragies. Les hémorragies ne dépassent pas un diamètre papillaire et elles sont surtout formées de globules rouges.

Les fibres nerveuses, sans myéline, montrent en maints endroits une hypertrophie variqueuse, en d'autres, dégénérescence granuleuse. Les autres couches de la rétine montrent des altérations en rapport avec celles des couches précédentes. En une partie de la rétine située à peine à 1 diamètre papillaire, cette membrane est nettement atrophiée et des amas de pigment en forme de cercle, sans altérations inflammatoires.

Les vaisseaux de la choroïde sont très augmentés de volume, et renferment presque exclusivement des leucocytes, cependant il n'y a pas d'infiltrations leucémiques.

La partie antérieure du globe, les espaces intervaginaux, les gaînes du nerf optique et son tissu sont normaux.

Après avoir comparé les résultats de ses recherches avec ceux des autres auteurs, Bondiu, tire les conclusions suivantes : si l'on excepte l'élargissement des espaces lymphatiques périvasculaires, la production de pigment et les thromboses des veines rétiniennes, on se trouve en présence des mêmes altérations que celles signalées par les autres auteurs. Il y a une relation certaine entre la leucémie et la maladie du fond de l'œil, mais il ne faut pas parler d'une inflammation, c'est pourquoi le terme de rétinite leucémique n'est pas à employer.

Il faut probablement rechercher le point de départ de l'affection dans le système vasculaire de la rétine, quoique l'on n'ait pas signalé d'altération des parois vasculaires.

Dans les vaisseaux les plus périphériques, il se produit un ralentissement du courant sanguin, qui permet au leucocyte d'adhérer aux parois des vaisseaux.

Il se produit une dilatation des veines et une transudation d'abord dans les espaces lymphatiques périvasculaires, puis dans les fibres nerveuses et les couches des cellules ganglionnaires, ce qui amène la destruction des éléments nerveux, et explique la diminution de l'acuité visuelle, à laquelle participent aussi les hémorragies, spécialement celles qui se produisent dans la macula lutea.

F. A.

STOLTING. — **Sur l'œdème de la cornée dans le glaucome.** (3 fig. *Klin. Monatsbl. f. Aug.*, août 1901.)

Le trouble de la cornée dans le glaucome est causé par l'œdème, c'est indiscutable ; mais, comment se produit cet œdème, la question n'est pas résolue. Les recherches des auteurs les plus autorisés nous montrent d'une façon presque certaine qu'il y a pénétration de lymphe venant de la périphérie, et que peut-être il s'agit d'un obstacle à l'écoulement de la lymphe répandue normalement dans la cornée ; ou, ce qui est encore plus probable, il y aurait pénétration de lymphe venant de l'intérieur de l'œil et pour laquelle les voies normales de la chambre antérieure seraient insuffisantes. Il ne s'agit donc pas ici de l'obstruction apportée par l'accolement de l'iris à l'angle de la chambre antérieure, mais d'une obstruction produite lentement, par les voies de l'œil malade devenues progressivement insuffisantes pour une lymphe chimiquement différente et diminuée ou peut-être même augmentée. C'est ce que nous pouvons d'abord constater par le gonflement de l'endothélium. Une certaine quantité de lymphe renfermée dans l'œil, trouvant les voies normales en partie obstruées, pourrait pénétrer dans la cornée, probablement à travers les mailles du ligament pectiné. L'auteur a vérifié ce fait chez 3 lapins. Les résultats de ses recherches ont été publiés il y a 3 ans environ. Stolting les résume de nouveau et les appuie sur les travaux expérimentaux et les déductions théoriques des autres chercheurs.

F. A.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

—

Le pansement oculaire.

Les paupières constituent pour l'œil à l'état normal un agent de protection idéal. Aussi semble-t-il que, sauf les cas où l'on veut obtenir un effet compressif, immobilisateur ou thérapeutique, le pansement puisse être inutile même pour l'œil malade ou opéré.

Cependant, quoiqu'en disent les partisans du « traitement ouvert » après l'opération de la cataracte, les paupières sont loin de remplir le but que nous demandons à un pansement.

En dehors des effets thérapeutiques, ce que nous cherchons à obtenir par le pansement c'est la protection de l'œil par l'occlusion des paupières et son immobilité.

L'œil doit être protégé contre les agents extérieurs qui peuvent l'infecter ou le blesser. L'occlusion naturelle des paupières est sans doute assez parfaite pour qu'elle puisse mettre l'œil à l'abri de l'infection externe. Mais peut on compter sur une occlusion permanente alors que l'on a affaire le plus souvent à des personnes âgées, plus ou moins inconscientes et, en tout cas, à des opérés qui, dans le sommeil, perdent la notion de l'état de leurs yeux et des précautions à prendre.

En admettant même que l'occlusion absolue de l'œil opéré ne soit pas indispensable, la protection du pansement s'exercera surtout en mettant l'œil à l'abri des traumatismes. Nous savons assez qu'il ne suffit pas toujours à le protéger contre les chocs pour que nous soyons logiquement autorisés à en déduire que le dommage eût été bien plus grand si l'œil avait été complètement découvert.

Quant à l'immobilité de l'œil, outre qu'il est impossible de l'obtenir complète, avec le meilleur pansement, elle n'est sans doute pas indispensable pour la cicatrisation des plaies oculaires. Cependant, on ne niera pas qu'une plaie de cataracte se cicatrisera plus vite si le pansement tient les paupières fermées et l'œil plus ou moins immobile, que s'il se produit un frottement continuel sur les lèvres de la plaie et surtout si celles-ci sont exposées à être ouvertes et maintenues renversées par le bord palpébral supérieur, comme on l'observe quelquefois après l'opération.

Tels sont les avantages du pansement simple en dehors de ses effets thérapeutiques dont nous parlerons plus loin. A-t-il des inconvénients ? On l'a accusé de favoriser le délire chez certains opérés de cataracte, en les maintenant dans l'obscurité. Or, ce délire des opérés de cataracte s'observe surtout la nuit. Ce n'est probablement pas l'obscurité qui en est la cause. En tout cas, le pansement n'y serait alors pour rien.

Nous ne prendrons pas non plus en considération cette raison que l'occlusion de l'œil favorise la pullulation des microbes. Si l'opération a été faite aseptiquement, nous ne craignons guère que la plaie s'infecte par ce moyen.

Les griefs les plus sérieux contre le pansement oculaire tiennent à son exécution défectueuse par des mains inexpérimentées. Il faut reconnaître d'ailleurs que de Graefe lui avait déjà porté préjudice en recommandant qu'il fût *compressif* après l'opération de la cataracte. Sans doute une légère compression n'avait pas d'inconvénient avec son procédé. Mais il n'en a pas été de même lorsqu'on a commencé à se passer de l'iridectomie. Alors, une compression de l'œil favorisant l'entrebâillement de la plaie et la hernie de l'iris devint très préjudiciable. Si l'on remarque, en effet, que dans l'œil fermé la cornée se trouve portée, non pas horizontalement en avant comme lorsqu'il est ouvert, mais environ à quarante-cinq degrés en haut, la compression au pansement s'exerce seulement sur la moitié inférieure de la cornée répondant alors au sommet de la convexité du globe. Or, comme il est impossible que le pansement ne soit pas du tout compressif, il faut, suivant le conseil souvent formulé par Panas, exactement remplir les creux périoculaires, de façon à obtenir en même temps l'uniformité de la pression et l'immobilité du globe.

En dehors de ces principes qui doivent nous guider dans l'exécution d'un pansement oculaire, nous devons aussi être très attentifs au choix des matériaux à employer, dont la commodité et l'adaptation spéciale nous faciliteront singulièrement la tâche. Ceux-ci se composent des objets à appliquer directement sur l'œil et des moyens de contension. Parlons d'abord de ces derniers.

A notre avis, le meilleur moyen contentif est la bande, parce qu'avec elle une main exercée peut obtenir juste le degré de com-

pression nécessaire sans le dépasser. Laissant de côté la bande de toile et de tarlatane, longtemps nous nous sommes servi de la bande de flanelle légère à cause de sa souplesse et de son élasticité. Mais nous l'avons abandonnée pour la bande de crépon qui nous semble réunir toutes les qualités désirables, mais dont la principale est son élasticité qui permet d'exercer une douce pression sans la moindre traction. De plus, elle est assez souple pour s'appliquer exactement sur toutes les parties de la tête de façon à constituer un pansement qui tient facilement plusieurs jours.

Bien que les paupières fermées constituant pour l'œil opéré le premier et le principal agent de pansement, puissent le mettre à l'abri du contage extérieur, il n'en est pas moins vrai que puisque nous lui appliquons directement un objet de pansement, celui-ci doit réunir *certaines qualités* qui ne sont pas indifférentes; il doit être aseptique et non irritant.

Un pansement aseptique peut être sec ou humide. *Sec*, il présente l'inconvénient de ne pas s'appliquer exactement sur l'œil et de devenir irritant lorsque les sécrétions se sont desséchées à sa surface.

Humide, au moyen d'une rondelle de tissu mouillé, il ne tarde pas à se dessécher, et il présente alors les mêmes inconvénients que le précédent ; de plus si le liquide qui l'imprégne n'est pas neutre, il risque d'être irritant pour la peau et de provoquer des démangeaisons très préjudiciables.

Les différentes pommades présentent l'inconvénient d'être difficilement stérilisables et d'être plus ou moins irritantes.

L'idéal serait donc d'avoir un pansement aseptique humide et restant humide sans devenir irritant. Or nous croyons l'avoir trouvé le *ouataplasme*.

Le ouataplasme découpé en carrés ou rondelles oculaires est fourni stérilisé et peut se conserver aseptique indéfiniment. Mouillé d'un liquide neutre stérilisé, il garde l'humidité tant qu'il reste appliqué sur l'œil, surtout s'il est recouvert d'un morceau de baudruche dépassant ses bords et s'appliquant sur la peau. Ne renfermant ni farine, ni fécule, mais une fine *cellulose*, il ne fermente jamais et n'est, par conséquent, pas irritant.

Après expérimentation dans toutes sortes d'opérations, c'est le pansement que nous avons définitivement adopté et voici comment nous l'utilisons. La rondelle, découpée dans la pièce d'ouataplasme, est imbibée d'eau stérilisée et exprimée à plat entre les deux mains pour en chasser une partie de l'eau. La galette ainsi obtenue est appliquée sur l'œil où elle se moule, et recouverte d'un morceau plus large de baudruche destinée à conserver l'humidité ; par dessus, une couche d'ouate plus ou moins épaisse suivant le degré de compression à obtenir. Quand, dans une opération de cataracte, on retire ce pansement au bout du troisième jour, on trouve la peau intacte et les les bords des paupières nullement agglutinés.

Comme *pansement thérapeutique*, le ouataplasme trouve de nombreuses indications en ophtalmologie. D'abord il remplace avantageusement le cataplasme dans tous les cas où celui-ci est indiqué puisqu'il conserve merveilleusement la *chaleur*, *l'humidité*, et qu'il *n'est pas fermentescible*.

Il est bien supérieur à la compresse humide parce qu'il n'a pas besoin d'être souvent renouvelé et qu'il n'est pas irritant. Nous avons obtenu d'excellents résultats dans un cas de ténonite très douloureuse et plusieurs cas d'épisclérite. De même, dans tous les cas d'ulcérations de la cornée qui demandent l'occlusion, nous avons vu la réparation survenir bien plus rapidement que par l'usage des compresses humides.

De même qu'en dermatologie générale où il est très employé, le *ouataplasme* sera d'une grande utilité en oculistique contre l'eczéma des paupières. Dans plusieurs cas rebelles, nous avons obtenu une guérison rapide par le traitement suivant : le ouataplasme imbibé d'une solution de sublimé à 1/5000 appliqué sur les paupières pendant une heure le matin et une heure le soir. Pommade à l'ichtyol et oxyde de zinc pendant la nuit.

D'un usage plus banal, mais très fréquent sera encore le *ouataplasme* dans les cas de blépharo-conjonctivite impétigineuse des enfants où, avant d'appliquer des topiques actifs, il est utile de déterger les bords des paupières recouverts de croûtes qui cachent les ulcérations.

Enfin, nous l'avons trouvé très utile pour calmer la douleur après les injections sous-conjonctivales médicamenteuses toujours plus ou moins douloureuses.

En résumé, nous recommandons le *ouataplasme* comme un pansement sûrement asep-

tique toujours prêt, après les opérations et remplaçant avantageusement le cataplasme et les compresses humides dans un but thérapeutique.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef des *Annales d'Oculistique*.

Dans votre dernier numéro de janvier 1902, vous donnez un compte rendu de *l'Association médicale britannique* tenue à Cheltenham en juillet-août 1901.

J'ai eu le plaisir d'assister à cette réunion, et j'ai pris part à plusieurs discussions ; aussi ai-je été très surpris de lire dans votre journal pour résumer tout ce que j'avais pu dire les deux seules phrases suivantes :

M. Darier « *prétend guérir ou améliorer la myopie par le massage* ».

M. Darier « *voit souvent l'iritis survenir à la suite de l'ophtalmie des nouveau-nés et il pense qu'elle est due à une infection générale* ».

J'ai assez souvent écrit dans les *Annales* pour que vous sachiez bien que je n'ai jamais pu prononcer de pareils non sens ; je ne m'abaisserai pas à les discuter.

Je n'ai jamais guéri la myopie et je n'ai jamais observé d'iritis à la suite de l'ophtalmie des nouveau-nés

En revanche, vous analysez très longuement l'intéressante étude de M. Hartridge *sur les différents sels d'argent introduits récemment en ophtalmologie*, ce travail concluait à la supériorité du Protargol.

Il eût été intéressant de faire remarquer qu'à 2 ans de distance et dans deux pays différents, un auteur français, puis un auteur anglais, étaient arrivés aux mêmes conclusions sans avoir eu connaissance de leurs recherches respectives.

C'est ce que j'ai relevé dans la discussion qui a suivi la lecture de cette intéressante communication, donnant en outre quelques détails sur ma pratique personnelle.

De cette discussion, pas un mot dans les *Annales*. Pourtant un journal *français* aurait tout au moins pu noter le fait que la priorité de l'introduction du Protargol en thérapeutique oculaire revenait vraiment à un Français.

Je ne chicanerai pas sur le fait que vous *n'avez même pas cité le titre de la communication* que j'ai faite à Cheltenham, c'est votre droit de reporter scientifique de supprimer tout ce qui peut peut vous paraître *in*intéressant pour vos lecteurs.

Comptant que vous voudrez bien insérer cette rectification dans votre journal, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Dr A. Darier.

Paris, février 1902.

P.-S. La rédaction des *Annales d'Oculistique* n'ayant pas fait droit à notre demande de rectification, nous insérons cette lettre, qui se passe de tout commentaire. Nous n'en continuerons pas moins à rendre compte de la façon la plus loyale et la plus précise des travaux ou communications de nos confrères des *Annales*, car, pour nous, l'intérêt scientifique est au-dessus des questions de personnes.

Tous les mercredis à 1 h. 1/2, à la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, le Dr Darier *fait son cours de thérapeutique oculaire basé sur les découvertes les plus récentes*. — Inscription gratuite.

GÉLULES
CAPSULES GÉLATINEUSES PERFECTIONNÉES
se faisant en sept grandeurs
SUPPRESSION DES CACHETS
Notice et Échantillon sur demande.
Pharmacie BÉRAL
14, Rue de la Paix, 14
PARIS

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE
Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.
PANSEMENTS AU CELLULIN HYDROPHILE (PAPIER DE BOIS DE PIN)
CHEVRETIN et LEMAITE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Fournisseurs des Hôpitaux.
224, Rue Caumartin, PARIS. —⁂— TÉLÉPHONE : 245-56